



LES ENDOCARDITES BACTÉRIENNES

Pr SARI L.



1. Définition

- L'endocardite bactérienne ou infectieuse (EI) est secondaire à la greffe et la prolifération d'un agent infectieux (bactérien ou fongique) au niveau de l'endocardie valvulaire au décours d'une bactériémie.
- • Il existe 2 formes : l'EI lente ou subaiguë (d'Osler) et l'EI aiguë.

2. Étiologies et bactériologie

Trois éléments contribuent au développement de l'endocardite infectieuse :

- L'endocarde.
- La porte d'entrée.
- Le germe pathogène.



2.1. l'endocarde



Endocardite infectieuse sur lésion préexistante dans 2/3 des cas: Il s'agit en général d'endocardites infectieuses lentes ou subaiguës:

- Essentiellement valvulaire,
 - sur prothèse valvulaire (25%)
 - sur cardiopathie congénitale
- 

EI sur cœur sain dans 1/3 des cas,

- sous la forme, le plus souvent, d'une EI aiguë qui intéresse plus volontiers le cœur droit

2.2. la porte d'entrée

Malgré une enquête et un bilan exhaustif, la porte d'entrée n'est pas retrouvée dans $\pm 20\%$ des cas

- Dentaire ($\pm 30-40\%$ des cas)
- ORL ($\pm 5\%$ des cas): sinusite chronique...
- Digestive ($\pm 10\%$ des cas): cholécystite chronique, diverticulose colique, cancer colique...
- Urinaire ($\pm 5\%$ des cas): infections urinaires répétées, sondage urinaire...
- Génitale ($\pm 5\%$ des cas): salpyngite, stérilet, curetage biopsique...
- Cutanée ($\pm 10\%$ des cas): plaie chronique négligée, iatrogène (cathéter veineux ou artériel, ponction...), toxicomane (héroïnomane +)

3.2. Le germe pathogène

- Streptocoque non D ($\pm 50\%$) d'origine buccodentaire ou rhino-pharyngé
- Streptocoque D ($\pm 15\%$) d'origine digestive ou génito-urinaire
- Staphylocoques ($\pm 15\%$) epidermidis ou auréus, d'origine cutanée ou génito-urinaire
- Bacille gram – et germes divers ($\pm 10\%$) génito-urinaires ou porte d'entrée anecdotique...
- Germe non identifié (± 10 à 15%) soit parce qu'il a été décapité par une antibiothérapie intempestive, inadaptée et/ou insuffisante, soit parce qu'il s'agit d'un germe rare difficile à isoler

3. clinique

- L'EI subaiguë se manifeste par un tableau d'altération de l'état général évoluant sur plusieurs semaines, avec amaigrissement, asthénie intense, fièvre persistante, parfois sueurs et frissons. Plus rarement : arthralgies, signes cutanés (pétéchies, faux panaris d'Osler, érythème palmo-plantaire, placards érythémateux de Janeway) tâches de Roth au fond d'oeil.
- C'est l'association d'une fièvre et d'un souffle cardiaque (de novo ou antérieurement connu) qui doit faire systématiquement suspecter l'endocardite infectieuse. L'examen clinique recherchera une splénomégalie.

- 
- L'EI aiguë survient dans un contexte particulier (malade de réanimation, toxicomanes, immuno-déprimés) et associe une septicémie et des manifestations cardiaques bruyantes avec insuffisance valvulaire massive et presque toujours, installation rapide d'une insuffisance cardiaque.
 - Un accident ischémique périphérique ou cérébral peut être le mode de révélation de l'affection.

- 
- L'EI du coeur droit touche la valve tricuspide, est souvent aiguë, souvent chez le toxicomane, est due à un staphylocoque ou un pyocyanique et se particularise par une insuffisance cardiaque droite isolée associée à des complications pulmonaires (embolie et abcès pulmonaires).

- 
- L'EI sur prothèse valvulaire se distingue par sa gravité, avec risque de désinsertion de prothèse, efficacité moindre de l'antibiothérapie, et par son pronostic déplorable (20 à 60% de mortalité).
- 



En fonction du germe, les EI à streptocoques évoluent sur un mode lent tandis que les EI à staphylocoques sont le plus souvent aiguës.

4. Examens biologiques

- **Les hémocultures sont fondamentales.**
- Elles sont répétées (3 / 24h pendant 3 jours), en particulier au moment des frissons et des poussées fébriles, puis bi-hebdomadaires sur résine pour juger de l'efficacité du traitement.
- Réalisation d'un antibiogramme si le germe est identifié, pour guider l'antibiothérapie et mesure des concentrations minimales inhibitrices (CMI) et bactéricides (CMB).

- 
- Les autres examens ont un intérêt d'orientation diagnostique et surveillent l'évolution

5. Évolution

- cardiaques : Insuffisance cardiaque par fuite valvulaire majeure (rupture de cordage, désinsertion valvulaire), troubles de conduction, rupture du septum, infarctus (rare).
- neurologiques : abcès cérébral, accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique.
- artérielles : ischémie aiguë de membre, infarctus splénique, rénal ou mésentérique.
- rénales : abcès, glomérulonéphrite à complexes immuns circulants, insuffisance rénale
- pulmonaires : dans l'endocardite tricuspide (abcès et embolies)